

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mars 2017

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu, juge, et Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représenté par Inclusion Handicap, Me Karim Hichri, avocat, à Lausanne

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 8, 43 et 44 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, mariée et mère de famille, a exercé l'activité d'ouvrière dans l'industrie, jusqu'en août 2000, date à laquelle elle a été en incapacité totale de travail au motif de maladie.

Souffrant d'un état dépressif majeur dans un contexte d'éthylisme chronique, de troubles de la personnalité et de conflits familiaux, elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 25 février 2002.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes du rapport corrélatif, rédigé le 25 février 2005, l'expert a retenu les diagnostics de dysthymie, d'abus d'alcool en rémission probable partielle et de personnalité immature à traits de fonctionnement état limite. Il a exposé que l'assurée avait probablement présenté dès le mois de juillet 2000 une réaction anxio-dépressive sur fond d'éthylisme chronique important, ainsi qu'un trouble de la personnalité, probablement décompensé en raison d'un stress professionnel, de l'incertitude économique et de difficultés familiales. Depuis janvier 2003, la situation semblait s'être à nouveau équilibrée, puisque l'assurée maintenait une abstinence sous traitement et n'avait pas présenté de décompensations psychiques importantes, tant sur le plan anxieux que dépressif. L'expert a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière depuis janvier 2003 en tant que mère de famille et « d'au moins 80% » dans l'exercice d'une activité professionnelle.

Par décision du 19 août 2005, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, pour la période limitée s'étendant du 1^{er} juillet 2001 au 31 mars 2004. Cette

décision est entrée en force en l'absence de contestation subséquente de l'assurée.

B. Le 7 novembre 2013, l'assurée, représentée par l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, faisant état d'une cirrhose, d'une hépatite B, d'alcoolisme et de plusieurs tentatives de suicide.

L'OAI a requis des rapports médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée, les Dresses C._____, médecin généraliste, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. rapports des 23 novembre 2013, 26 juin 2014 et 16 octobre 2014). Ont également été produits les rapports établis par le Service d'alcoologie, respectivement la Consultation de gastro-entérologie et d'hématologie ambulatoire et le Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier D._____ (cf. rapports des 27 décembre 2012, 3 septembre 2013 et 14 janvier 2014). Du point de vue somatique, l'assurée présentait essentiellement une cirrhose Child [réd : échelle de Child-Pugh d'évaluation de la sévérité de la cirrhose] B 7 d'origine mixte (éthylque et virale), une hépatite C de génotype 1a et une dénutrition protéino-calorique sévère avec cachexie. Sur le plan psychiatrique, en sus d'un syndrome de dépendance à l'alcool (utilisation continue), étaient relatés un trouble dépressif récurrent (épisode sévère, sans symptômes psychotiques), un état de stress post-traumatique, ainsi que des troubles mixtes de la personnalité (traits borderline et passifs-agressifs). L'assurée était totalement incapable de travailler.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr H._____, a considéré que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée était la conséquence de sa pratique alcoolique toxique et active ; dès lors, la capacité de travail exigible de sa part demeurerait inchangée depuis la décision du 19 août 2005 (cf. rapport du 11 mai 2015).

Par décision du 15 décembre 2015, entérinant un projet de décision du 16 octobre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, sur la base de l'avis du SMR précité.

D. L'assurée, par l'intermédiaire de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, a déféré la décision du 15 décembre 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 27 janvier 2016. Elle a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, soit une expertise, considérant que le SMR ne s'était fondé sur aucun élément concret et n'avait pas examiné les critères jurisprudentiels pertinents en matière de dépendance à l'alcool.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 10 mars 2016 et en a proposé le rejet, en renvoyant à l'analyse du SMR de mai 2015.

Par réplique du 17 mars 2016, l'assurée, désormais assistée de Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, s'est prévaluée de la prépondérance de ses troubles psychiques, indépendants de l'alcoolisme, lesquels justifiaient une incapacité totale de travail. Elle a modifié ses conclusions en ce sens que, principalement, elle avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2014, maintenant subsidiairement sa conclusion tendant au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

L'OAI a dupliqué le 6 juin 2016, sans soulever d'argument supplémentaire.

Les faits seront repris en tant que de besoin dans le développement juridique ci-dessous.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 27 janvier 2016 contre la décision de l'intimé du 15 décembre 2015 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4, let. c, LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le caractère invalidant des atteintes à la santé diagnostiquées dans le contexte de la demande de prestations du 7 novembre 2013.

b) On précisera qu'il n'y pas lieu de déterminer si les conditions auxquelles doit répondre une nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) sont réunies in casu. Selon les conclusions communiquées par le Dr B. _____ le 25 février 2005, l'état de santé de la recourante s'était notablement amélioré dès janvier 2003 et autorisait l'exercice d'une activité lucrative. Par ailleurs, la recourante présente désormais de nouvelles atteintes à la santé, tant physiques que psychiques. La survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du rejet de la première demande de prestations ou l'interruption notable de l'invalidité a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation antérieure, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2).

3. a) En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

b) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la

dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe en revanche un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; 9C_706/2012 du 1^{er} juillet 2013 consid. 3.2 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.3 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conduire sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de

caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 et les références citées).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

b) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ;

TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants

aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

5. a) Dans son rapport du 23 novembre 2013, le médecin traitant de la recourante, la Dresse C._____, a relaté les diagnostics de dépendance à l'alcool et au tabac, de cirrhose Child B 7 sur alcool et hépatite C, d'hépatite C active et de dénutrition sévère. Elle a ensuite précisé ce qui suit :

Mme A._____ a présenté une décompensation hépatique avec de l'ascite et une prise en charge hospitalière le 25.07.2013. On lui a découvert en plus d'une hépatite sur consommation alcoolique, une hépatite C active, ce qui a probablement favorisé son état de dénutrition sévère. Mme A._____ est depuis lors abstinente, son état général et son poids s'améliorent gentiment, ainsi que le laboratoire (les tests hépatiques). Suivant son état général (nutrition, abstinence d'alcool, poids, fonctions hépatiques) un traitement pour son hépatite C sera alors envisageable.

Pour le moment et depuis le 25.07.2013, le degré d'incapacité de travail est d'en tout cas 60%.

Le pronostic dépendra surtout du reconditionnement nutritionnel et de l'abstinence de consommation d'alcool, ainsi que de la possible mise en route d'un traitement antiviral, tout en sachant que celui-ci est difficile à supporter. [...]

En date du 26 juin 2014, la Dresse C._____ a annoncé à l'intimé la mise en place d'un suivi psychologique, tandis que l'état de santé physique de sa patiente demeurait stationnaire. La capacité de travail était qualifiée de nulle depuis juin 2014 en raison de la proposition d'un traitement antiviral de l'hépatite C particulièrement astreignant.

La Dresse F. _____ a pour sa part évoqué les diagnostics d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, d'un état de stress post-traumatique, présent depuis environ 20 ans, de troubles mixtes de la personnalité (traits borderline et passifs-agressifs) et d'un syndrome de dépendance à l'alcool. Elle a communiqué ses constats médicaux et son pronostic comme suit :

Patiente faisant plus que son âge biologique, amaigrie, à la tenue vestimentaire et l'hygiène corporelle soignées. Vigilante, orientée aux quatre modes, elle présente une agitation anxieuse durant les entretiens.

Elle parle beaucoup et est très demandeuse de soutien. Le discours est spontané, cohérent et sans trouble du cours de la pensée. Le contenu est quelque peu laconique et morose avec des éléments de dépréciation et des idées noires. Perte d'énergie, difficultés de socialisation, fatigabilité importante, hypersomnie, aboulie et parfois même un apragmatisme.

Les affects sont restreints et la thymie triste. On relève des idées de dévalorisation et de la culpabilité, une anhédonie, mais également de la nervosité et des angoisses.

On note des ruminations, des reviviscences (abus sexuels dans l'enfance et maltraitance) et également des moments d'importantes dissociations dans des situations à caractère traumatisant, lui évoquant le passé.

Les abus du passé ont toujours un impact majeur sur sa vie, dans ses relations sentimentales, sur sa difficulté à se voir comme une personne respectable et sur son estime d'elle-même. De plus, elle présente un trouble de l'attachement : soit elle fait preuve d'une grande méfiance et voit le mal partout, soit elle peut se montrer trop naïve et se mettre dans des situations dangereuses et à potentiel maltraitant.

Notons encore son comportement compulsif (pour la propreté et l'entretien de son appartement, ménage complet tous les jours, même parfois deux ou trois fois).

A noter aussi que son importante dépendance à l'alcool augmente encore la symptomatologie anxio-dépressive et ses idées de dévalorisation.

Elle présente une conscience morbide très partielle, ce qui rend la gestion des symptômes plus difficile pour elle.

Mme A. _____ présente un tableau symptomatique complexe, ce qui rend le pronostic réservé. Le problème principal est constitué par la poursuite des abus d'alcool, ce qui a des conséquences négatives sur le plan psychique. Souvent, Mme A. _____ s'isole, dort et ne sort que très peu de chez elle.

Le seul objectif raisonnable actuellement est le maintien de l'équilibre psychique actuel, même s'il est précaire et éviter un effondrement ou une décompensation.

La patiente est peu capable d'assumer les activités de la vie quotidienne et incapable d'exercer une activité professionnelle, même à un taux réduit.

[...] Sur le plan psychique et social, les troubles de la personnalité constituent un handicap sévère qui conduit à une grande instabilité,

une importante fragilité affective et une incapacité majeure à s'inscrire dans une relation durable notamment d'un point de vue professionnel. [...]

b) Procédant à l'appréciation des renseignements médicaux recueillis par l'intimé, le Dr H. _____ a, dans son avis du 11 mai 2015, sur lequel s'appuie l'intimé, retenu les conclusions suivantes :

[...] Problèmes actuels : dans un contexte de pratique alcoolique active et d'hépatite C, l'assurée a développé une cirrhose du foie Child B en août 2013 et une polynévrite des membres inférieurs. Le traitement de l'hépatite C ne pourra être mis en place que sur un terrain d'abstinence d'alcool. La maladie alcoolique est primaire comme l'avait démontré l'expertise de 2005. Cet élément a été confirmé par la Dresse L. _____, psychiatre FMH, à laquelle nous avons présenté ce dossier.

Le RM [réd. : rapport médical] du 16 octobre 2014 du Dr F. _____, psychiatre de l'assurée, annonce un PTSD qui remonte à plus de 20 ans, sans signaler d'aggravation de son expression, une dépression qui s'est développée dans le sillage de la pratique alcoolique nocive à la santé et qui cédera dans les 3 à 6 mois qui suivront l'arrêt de la consommation d'alcool. Le trouble mixte de la personnalité a été pris en compte dans l'expertise de 2005, il se stabilisera aussi à l'arrêt de l'alcool. Les pièces médicales de ce dossier ont été discutées avec le psychiatre SMR, [la Dresse] L. _____.

La cirrhose du foie se stabilisera dans les mois qui suivront l'arrêt de l'alcool, l'assurée n'a pas consulté les spécialistes du Centre hospitalier D. _____ depuis fin 2013 (RM du 4 mars 2015).

La dénutrition et la polynévrite prédominant aux membres inférieurs régresseront à l'arrêt de l'alcool.

L'aggravation de l'état de santé de cette assurée de 47 ans est la conséquence de sa pratique alcoolique toxique et active. Il s'agit d'un alcoolisme primaire au sens de la jurisprudence du TFA en la matière. [...]

c) Dans le cas particulier, l'analyse opérée par le Dr H. _____ ne saurait être suivie, l'avis du 11 mai 2015 s'avérant particulièrement superficiel en présence d'une situation complexe tant sur le plan physique que psychique. En effet, le Dr H. _____ affirme de manière péremptoire, sans exposer les motifs précis qui justifieraient son appréciation, que la recourante souffre d'un alcoolisme primaire. L'arrêt de toute consommation d'alcool entraînerait selon lui une stabilisation des troubles somatiques et psychiques, ainsi que le recouvrement subséquent d'une pleine capacité de travail.

Or force est de constater que du point de vue somatique, l'avis du

Dr H._____ est contredit notamment par les conclusions du rapport établi le 3 septembre 2013 par la Consultation de gastro-entérologie et d'hépatologie ambulatoire du Centre hospitalier D._____. Les spécialistes du Centre hospitalier D._____ ont en effet envisagé dans un premier temps un traitement antiviral de l'hépatite C, ainsi que suivant l'évolution, une transplantation hépatique conditionnée par l'abstinence de toute consommation d'alcool. Si l'arrêt de la consommation apparaît certes comme la condition sine qua non des mesures thérapeutiques, il n'en demeure pas moins que la recourante présente une affection hépatique durable, laquelle justifie en soi un traitement. Par ailleurs, le Dr H._____ n'a nullement discuté les conséquences de l'importante dénutrition observée chez la recourante.

Du point de vue psychique, le rapport médical exhaustif de la Dresse F._____ du 16 juin 2014 dépeint une situation sur le plan psychique qui peut laisser penser que l'assurée souffre, nonobstant la consommation d'alcool, de troubles psychiques indépendants susceptibles d'avoir une influence sur sa capacité de travail (« *Sur le plan psychique et social, les troubles de la personnalité constituent un handicap sévère qui conduit à une grande instabilité, une importante fragilité affective et une incapacité majeure à s'inscrire dans une relation durable notamment d'un point de vue professionnel* »). Au demeurant le Dr B._____ avait déjà fait état, dans son rapport d'expertise du 25 février 2005, de l'existence de facteurs de vulnérabilité inhérents à la personnalité de la recourante (cf. p. 24).

Enfin, on relèvera d'un point de vue formel que le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, se réfère à une appréciation médicale émanant de la Dresse L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Cela étant, le dossier de l'intimé ne contient aucune trace de cette détermination, de sorte qu'on ignore les éléments effectivement pris en compte par la psychiatre du SMR pour conclure à un « alcoolisme primaire », singulièrement si les critères jurisprudentiels

énoncés ci-avant sous considérant 3b ont été concrètement examinés en l'espèce.

d) En l'absence d'appréciation médicale exhaustive qui permettrait de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction a lieu d'être complétée par le biais d'un examen ou d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer si les limitations fonctionnelles - physiques et psychiques - présentées par la recourante entraînent objectivement une incapacité de travail à l'aune de la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral en matière de dépendance.

En l'occurrence, un tel complément incombe à l'intimé dès lors qu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement (cf. plus amplement sur cette question : ATF 137 V 210 consid. 4.4.1).

6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 15 décembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Inclusion Handicap, Me Karim Hichri, à Lausanne (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :